



AYUNTAMIENTO DE CASTELLAR DE SANTIAGO

P.A.C.A.

PLAN DE ACCIÓN EN CALIDAD Y MEJORA DE LOS SERVICIOS MUNICIPALES

IMPRESO NORMALIZADO Nº 16

SOLICITUD DE DEVOLUCION DE INGRESOS INDEBIDOS

SOLICITANTE

NOMBRE Y APELLIDOS: _____
CALLE Y NUMERO: _____ / _____
CODIGO POSTAL/LOCALIDAD: _____ / _____

CONCEPTO _____

IMPORTE _____

MOTIVO DE DEVOLUCIÓN (exponer):

FIRMA DEL SOLICITANTE

NUMERO DE CUENTA CORRIENTE (20 dígitos):

_____/_____/_____/_____/_____
Entidad / Oficina / DC / Cuenta

INFORME DE SECRETARÍA-INTERVENCIÓN:

Vista la presente solicitud, y la documentación presentada, el Funcionario que suscribe informa que a juicio de la normativa vigente PROCEDE / NO PROCEDE la devolución solicitada, correspondiendo la ordenación del pago al Sr. Alcalde-Presidente.

RESOLUCIÓN DE ALCALDÍA: Atendiendo a la solicitud formulada y la documentación e informes que anteceden, tomado conocimiento por el Sr. Tesorero y en la competencia de esta Alcaldía, procédase a la devolución de la cantidad ingresada indebidamente mediante transferencia a la cuenta arriba indicada. En Castellar de Santiago a ___ de _____ de 200_

Ante mí, EL SECRETARIO

DOCUMENTACIÓN A ADJUNTAR: COPIA DE LA DOCUMENTACIÓN ACREDITATIVA

Pza. De la Constitución,1 . 13750 Castellar de Santiago (Ciudad Real).

Tf. 926340001/926340342// FAX 926340253// Correo Electrónico: castellardesantiago@castellardesantiago.es